

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника сердечно-сосудистой хирургии ИПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры и клиники сердечно-сосудистой хирургии ИПО Дробота Дмитрия Борисовича реферат ординатора первого года обучения специальности сердечно-сосудистая хирургия Вагнера Владимира Викторовича по теме: «Недостаточность митрального клапана».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

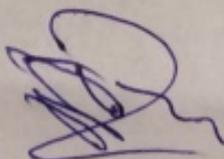
Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности сердечно-сосудистая хирургия.

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

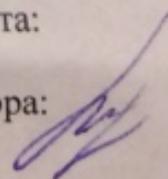
Комментарии рецензента:

Дата: 5.04.13



Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника сердечно-сосудистой хирургии ИПО

Заведующий кафедрой: Д.М.Н. Профессор Сакович В.А.
Проверил: Д.М.Н. Профессор Дробот Д.Б.

Реферат **«Недостаточность митрального клапана»**.

Выполнил: врач-ординатор сердечно-сосудистый хирург 1 года Вагнер В.В.

Красноярск 2018г

Тема: «Недостаточность митрального клапана».

Недостаточность митрального клапана: порок сердца, характеризующийся неполным смыканием створок митрального клапана в систолу, что создает возможность систолической регургитации крови из ЛЖ в левое предсердие.

Этиология митральной недостаточности

Ревматический вальвулит – до 40% случаев;

Инфекционный эндокардит – до 25% случаев;

Врожденные патологии (ВНМК, синдром Bland-White-Garland, миксоматозная дегенерация МК) – до 10% случаев;

Митральная недостаточность ишемического генеза - до 5% случаев (резкая дилатация ЛЖ и растяжение фиброзного кольца МК у больных с ИБС);

Постинфарктная митральная недостаточность – до 5% случаев (при инфаркте и отрыве папиллярных мышц МК).

По глубине регургитации крови в ЛП различают 4 степени МН:

I степень – регургитационная струя не выходит за пределы плоскости фиброзного кольца МК;

II степень – струя регургитации проникает в полость левого предсердия до половины его длины;

III степень – струя регургитации проникает в полость левого предсердия более чем на половину его длины;

IV степень (*тотальная недостаточность*) – регургитационная струя достигает крыши левого предсердия, заходит в ушко левого предсердия или в устья лёгочных вен.

Диагностика недостаточности МК

Характерные жалобы;

Усиленный и разлитой верхушечный толчок, смещенный влево и вниз;

Пальпаторно - диастолическое дрожание в области верхушки сердца (диастолическое «кошачье мурлыканье»);

Смещение левой границы сердечной тупости кнаружи.

Застойные хрипы в легких;

Аускультативно – хлопающий I тон и тон открытия митрального клапана («ритм перепела»). Акцент II тона над ЛА при развитии ЛГ. систолический шум низкого тембра с пресистолическим усилением.

ЭКГ – гипертрофия левого предсердия и левого желудочка

Rh – характерная «митральная» конфигурация сердечной тени, выбухание ЛА (II дуга), расширение левого предсердия и его ушка (III дуга). Отсутствует талия сердца.

В косых проекциях – расширение ЛП, выбухание выводного отдела ПЖ и ЛА. Застойный рисунок легких.

ЭхоКГ - изучение морфологических особенностей клапана, характера движения и толщины створок;
Измерение диаметра фиброзного кольца клапана и площади отверстия;
Измерение размеров полостей сердца (КДР, КСР), объемов крови (КСО, КДО).
Доплерография – изучение особенностей кровотока, измерение систолического градиента на МК и давления в полостях сердца.
АКГ – регургитация крови из ЛП вследствие недостаточности МК;
Оценка размеров полостей сердца и их сократимости;
Диагностика сопутствующих патологий.
Зондирование полостей сердца - измерение давления в полостях сердца.

Показания к операции при недостаточности МК

Недостаточность кровообращения 2А – 2Б стадии;
СН III – IV ФК NYHA;
Недостаточность МК III – IV степени.
Противопоказание к операции: НК 3 стадии (*необратимые изменения в органах и тканях, полиорганная недостаточность*)

Методы хирургической коррекции недостаточности МК

Только операции в условиях ИК, гипотермии и ФХКП:

Реконструктивные операции на МК:

Аннулопластика МК (*реконструкция фиброзного кольца МК*);
Вальвулопластика МК (*реконструкция створок МК*);

Протезирование МК механическим или биологическим протезом

Контроль адекватности антикоагулянтной терапии:

- Индекс протромбина (*по Квику*) - 45 - 50% от нормы;
- МНО (INR) - для **митральных** протезов 2.5 – 3.0 ЕД